

# La dimension du soin dans le rapport aux parents d'enfants déficients auditifs<sup>1</sup>

PAR GRÉGORY GOASMAT<sup>2</sup>

**Tant dans la pratique de psychologue clinicien que dans celles des pédagogues et des éducateurs, la dimension du soin (soin *de l'humain par l'humain*) ne peut se réduire à celle du "comment faire?". Cette position de base toujours utile à rappeler considère qu'il s'agit "de prendre soin" et non de "rétablir la santé". Or, des conduites professionnelles peuvent devenir bien étrangères à cette visée de soin lorsqu'elles cherchent à répondre au plus près et dans l'immédiateté aux demandes explicites des parents.**

**Dans la deuxième partie de cet article l'auteur poursuivra cette réflexion et abordera plus particulièrement les fonctions de soin que toute institution, en tant que telle, peut générer.**

**E**n préambule, je tiens pour nécessaire de vous avertir que ce que je m'appête à déplier ici ne saurait prétendre à une quelconque originalité. Pire, même : je crois devoir totalement assumer ce défaut en ce qu'il constitue, me semble-t-il, au-delà de la technicité propre à chacun de nos métiers, ce qui fait dénominateur commun entre nous tous, professionnels de la surdité, mais également entre tous les professionnels dont le travail se spécifie de soutenir une **dimension de soin**.

Le défaut au cœur de cette dimension de soin tient à son objet : l'humain ; comme il tient à son agent : l'humain.

Dès lors que l'on se situe dans ce registre du soin **de l'humain par l'humain**, on doit abandonner cette prétention, cet idéal qu'est **l'ingénierie**, pour assumer ce à quoi C. Lévi-Strauss l'opposait, à savoir le **bricolage**<sup>3</sup>.

Je vous parle depuis ma pratique de psychologue clinicien, mais on trouve tout autant cette référence au bricolage chez les pédagogues, les éducateurs, en ce que tous ont à faire avec la variabilité, la multiplicité des histoires, la complexité des modes d'être-au-monde de l'humain et de ses manières d'entrer en relation avec l'autre. Prendre cela en compte revient en premier lieu à récuser l'idée qu'il existerait une réponse à toute question, que l'on pourrait extraire d'un "ensemble-référentiel-de-moyens" l'outil ou la parole qui constituerait le traitement ultime d'un problème qui insiste.

Cette idée me semble particulièrement importante pour introduire ce qui doit fonder notre réflexion commune sur le soin dans l'accompagnement des parents, dans la mesure où elle s'oppose diamétralement au projet de clôturer l'humain, lequel projet se trouve contenu dans la logique évaluative.

C'est la référence aux sciences humaines, dans lesquelles les modèles psychanalytiques occupent une place importante mais non exclusive, qui me soutiendra dans ce propos. Ces sciences de l'Homme, dans leur opposition aux sciences dites "dures", ont la particularité - fâcheuse diraient certains - d'être très poreuses par rapport au social. En conséquence de quoi, pour s'efforcer de rendre compte de la complexité de l'humain, la part la plus importante que peut prendre le travail de réflexion, de théorisation, tient du réexamen, de la relecture, de la remise en perspective des idées, des notions et des concepts qui infusent dans le social.

Le bricolage dont je parlais il y a quelques instants, s'il se distingue de l'ingénierie, s'il se distingue aussi du dogmatisme, ne doit pour autant pas se confondre avec l'éclectisme, l'empirisme ou le pragmatisme comme y incitent nombre de discours contemporains. Tout au contraire : c'est en vertu de la porosité des objets des sciences humaines par rapport au social que la théorie se fait nécessaire, impérieuse même, quand les participants au travail de la pensée constatent, avec beaucoup d'inquiétudes, combien ce travail se trouve aujourd'hui attaqué, de toutes parts, spécialement par les injonctions d'efficience et de rentabilité.

L'enjeu semble aujourd'hui, plus que jamais, de maintenir la question du sens et de la direction des pratiques du soin à l'autre pour ne pas la réduire à celle du "comment faire?", pour ne pas la rabattre sur les seules questions de méthodes et d'outils.

Ferdinand De Saussure insistait sur le fait que c'est le point de vue qui fait l'objet, que les choses ne préexistent pas à la façon dont on les pose... Les choses existent selon la représentation que l'on s'en fait, selon la représentation que l'on s'en donne, représentation, donc, nécessairement partielle, voire partielle.

Cette représentation est inséparable de la langue. Car la langue, avant d'être un outil de communication utile et efficace, est en premier lieu un instrument de représentation de l'expérience humaine, et ses mots sont des "réducteurs de turbulence", ainsi que le formule Gustave Guillaume<sup>4</sup>. En effet, l'univers expérientiel humain est, en soi, indicible et, par conséquent, inexprimable, incommunicable...

On a donc besoin d'une langue, et spécialement d'une langue conceptuelle pour distinguer, identifier, découper le réel dans sa complexité, une langue pour soutenir le travail de la pensée dans ses opérations de catégorisation, de séparation, d'isolation...

Pour le dire encore autrement, il faut d'autant plus disposer de modèles pour faire des hypothèses, pour enserrer des réalités que le Réel échappe, toujours... Il faut des lunettes pour voir, sans quoi, on ne voit rien du tout ou, pire, on est ébloui, voire aveuglé par ce Réel.

### DES PARENTS D'ENFANTS SOURDS COMME SUJETS

Les parents d'enfants déficients auditifs : que nous sont-ils ? Des personnes, des clients, des patients, des usagers, des sujets, des bénéficiaires... D'aucuns se risqueraient peut-être à dire : des "emmerdeurs" ? Hier, dépossédés de leur choix éducatifs par l'Institution, seraient-ils aujourd'hui nantis, ainsi qu'on le formule fréquemment, d'une réelle toute-puissance qu'ils opposeraient aux professionnels ?

Entre les dénominations sociales et possiblement très affectées, derrière aussi le mouvement de balancier sociétal, sa ratification légale - spécialement par la loi du 11 février 2005 - il importe de tenter de saisir ce qui fait réalité **clinique**. La notion de clinique renvoie notamment au fait que les phénomènes pathologiques éclairent de manière privilégiée des dimensions constitutives de tout être humain, mais ordinairement trop complexes à l'observation. L'approche clinique fonctionne ainsi à nous rappeler que les incidences de la déficience auditive sur la parentalité ne ressortent pas d'autre chose que de l'amplification de dimensions, de difficultés que peuvent éprouver tous les parents.

Le pas de S. Freud fut d'affirmer, au-delà des spéculations philosophiques, que si l'homme ressort bien du biologique, ainsi que du social, il ne s'y réduit pas. Mais la psychanalyse a aussi infligé à l'humanité une troisième vexation, après Copernic et Darwin, en postulant que l'Homme est gouverné, pour une large part, par une raison qui échappe à sa raison consciente ; il est bien un sujet, mais un sujet **de** l'inconscient - comme on parlerait des sujets **de** Sa Majesté -, un sujet divisé par l'inconscient, essentiellement non transparent, non intelligible à lui-même.

Les résistances à cette hypothèse de l'inconscient demeurent d'une actualité toujours saisissante, à considérer les prétentions gestionnaires et managériales de rendre précisément transparentes et chiffrables les pratiques professionnelles, à considérer encore les réductionnismes opérés par certaines pratiques **de** n d u e s "psychologies".

La division du sujet se donne notamment à voir dans les rêves, les actes manqués, les lapsus et les mécanismes de défense. Ces mécanismes sont à considérer comme des processus psychiques inconscients qui visent à réduire ou à annuler les effets désagréables de dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités interne et/ou externe et dont les manifestations - comportements, idées ou affects - peuvent être inconscientes ou conscientes<sup>5</sup>. Ce qu'il faut bien garder en tête, c'est que tout un chacun, tout **sujet** recourt, plus ou moins, à de tels mécanismes de défense afin de s'éviter des rencontres ou des prises de conscience qui viendraient mettre en danger son intégrité psychique en générant un trop-plein d'angoisse.

### "NE PAS PRENDRE SOIN DE LA PERSONNE !"

J'en viens à présent plus spécialement à la notion de soin. Le soin réfère fréquemment à la désignation d'un traitement médical ; ce traitement médical n'en est pourtant qu'une modalité. Le soin consiste certes en des actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé. Mais il est aussi une pensée qui occupe l'esprit, une pensée concernant un objet auquel on s'intéresse (on prend soin de quelque chose). Il désigne encore la manière appliquée et exacte de faire quelque chose (on se montre soigneux dans l'exécution d'un travail). Il est enfin **l'attention, la sollicitude, la prévenance que l'on peut avoir pour quelqu'un** (sur le modèle du parent qui "donne des soins" à son enfant).

C'est bien évidemment ce dernier sens qui va retenir notre attention, s'agissant du rapport aux parents avec lesquels nous travaillons.

Pour se situer dans cette dimension de soin, il me semble nécessaire de se référer à cette réalité clinique nommée sujet et d'opérer une coupure radicale avec d'autres vocables qui paraissent équivalents mais qui nous emmènent, en fait, vers des registres bien étrangers à la visée de soin. Il en va ainsi de la notion de **personne**. Celle-ci, en effet, référée à son sens étymologique, celui de la **persona**, du masque, de rôle attribué à un masque, situe la réalité désignée du côté de la conduite, de la conviction, de ce qui est façonnable, adaptable, bref du côté de l'image que l'on veut présenter à l'autre afin qu'il nous la renvoie. On en arrive là, alors, à des choses bien étrangères au soin.

Car une première spécificité de la dimension de soin, de soin psychique, donc, se saisit comme le fait **d'aller au-delà de ce qui est seulement observable, manifeste, au-delà des seules conduites, des comportements, des paroles, pour produire des hypothèses et s'efforcer d'en dégager le sens latent, sous-jacent, implicite, qui les détermine.**

Cela permet dès lors au professionnel de concevoir la légitimité, la nécessité même d'opérer une suspension, de ne pas **comprendre** trop vite, de ne pas prendre avec soi/pour soi trop vite ce qui se joue ici et maintenant, mais réfère pourtant, d'abord, à ce qu'Octave Mannoni désignait comme une "Autre scène". Cette Autre scène consiste en ce que la psychanalyse a appelé **transfert** et que tout travailleur du social - au sens le plus large que peut prendre cette expression - doit prendre en compte pour saisir que ce qui lui est adressé ne lui est pas adressé à lui, en propre. Car le transfert est une scène faite de l'histoire singulière de ce sujet, de ce parent que l'on rencontre au seul motif, pour ce qui nous concerne, que son enfant a une surdité.

Avoir en tête que se situer dans le registre du soin consiste d'abord à s'abstenir, à différer la réponse à l'autre, cela procure de plus, à n'en pas douter, un réel sentiment de sécurité au professionnel qui ne se ressent pas tenu de répondre dans l'immédiateté, qui ne se ressent pas tenu de "dégainer" une réponse qui, de viser l'exactitude, s'expose, immanquablement, à rater la satisfaction qu'elle prétend procurer.

## L'APRÈS-COUP DU TRAUMATISME

Les retentissements psychiques - individuels et familiaux - de la surdité sont généralement appréhendés dans la référence privilégiée à la période faisant suite à la révélation du diagnostic.

Cela tient spécialement à la violence que constitue le dire du diagnostic, au fait que l'annonce se fait là particulièrement performative, que la parole médicale crée imaginativement la surdité. Cela est déjà vrai lorsque le diagnostic est posé après de longs mois ayant vu les parents échanger avec un bébé manifestant clairement ses émotions, ses envies, ses refus, avec un bébé communiquant comme n'importe quel autre bébé... Cela l'est probablement encore davantage quand un dépistage néonatal expose à vicier des liens mère/enfant, parents/enfant pas même encore construits.

On sait que c'est l'enfant chargé par ses parents de relayer leurs rêves, de poursuivre là où ils se sont arrêtés, de réussir là où ils ont échoué, là où ça leur a manqué, on sait que c'est cet "enfant merveilleux", dans l'expression de Serge Leclair, que le diagnostic vient brutalement attaquer...

En effet, le diagnostic dénude l'enfant, refuge du narcissisme des parents, des habits imaginaires qu'ils lui avaient confectionnés, et cela, en un instant. Sans l'imposition d'une telle marque sur l'enfant, ce qui s'opère là dans la fugacité d'une parole - "votre enfant est sourd!" -, se joue ordinairement sur la temporalité étendue de la période de l'enfance. Cette période de l'enfance se caractérise en effet, à cet égard, d'amener les parents à concevoir que leur progéniture ne se réduit pas à un prolongement de leur narcissisme, d'amener les parents à concevoir que l'enfant de la réalité ne se superpose pas à l'enfant qu'ils avaient imaginé et qu'ils imaginent, toujours...

Mais avec l'énonciation du diagnostic, c'est l'extraordinaire qui fait irruption. L'enfant se précipite, au sens quasi-chimique du mot, en de l'altérité. D'emblée, il se trouve séparé, réellement et imaginativement. L'assise narcissique des parents vacille, les équilibres identificatoires sont désorganisés. Les parents se trouvent blessés de ce qu'ils ne pourront pas transmettre, de ce qu'ils ne pourront pas sauvegarder dans leur enfant.

Rupture violente dans le lien de filiation, la survenue du handicap retentit aussi sur les registres de la parentalité et de l'alliance. Il génère un bouleversement de tout le réseau relationnel à l'intérieur de la famille, résonne sur l'équilibre psychique de chaque membre du groupe familial : les parents, mais aussi les frères et sœurs, les grands-parents...

Ce que j'ai rappelé ici se rapporte généralement à l'expérience que l'on désigne du nom de "traumatisme". Ramener les choses aux sens que véhicule ce mot a pour fonction de tenter de réduire, de circonscrire la désorganisation, la catastrophe induite par l'annonce du diagnostic dans l'espace et dans le temps, afin que la vie puisse reprendre son cours.

Situer ainsi les choses n'est bien entendu aucunement spécifique aux circonstances disposées par l'annonce du handicap d'un enfant. C'est ce qu'indique avec élégance Milan Kundera : "*Quelqu'un qui essaie d'oublier un incident pénible qu'il vient de vivre accélère à son insu l'allure de sa marche comme s'il voulait vite s'éloigner de ce qui se trouve, dans le temps, encore trop proche de lui*"<sup>6</sup>. Lien entre lenteur et mémoire d'un côté, lien entre vitesse et oubli de l'autre...

Des options théoriques ont infusé dans les pratiques professionnelles et laissé croire qu'un événement traumatique pourrait, non seulement véritablement exister comme tel, mais aussi être surmonté, "**résilié**", moyennant des aptitudes personnelles particulières ou, le cas échéant, grâce à un "accompagnement psychologique"...

Cela constitue un incroyable réductionnisme de la complexité par laquelle le psychisme humain doit en passer

pour traiter un tel événement - traumatique ou, plus exactement, **potentiellement traumatique** - en tant que, précisément, **il ne se réduit pas à un événement**.

Ce n'est pas tant la situation du moment de l'annonce comme potentiellement traumatique qui pose problème que le réductionnisme dans lequel on considère alors généralement le traumatisme. Car un événement n'est pas traumatique en tant que tel. Il l'est en ce qu'il survient sans préparation, parce qu'il dépasse les capacités de représentation du sujet, imprimant, donc, une expérience de sidération comme seule réponse à ce qui l'envahit. Il n'en demeure pas moins que cela est irréductiblement subjectif : il n'y a pas d'universalité du traumatisme ; il n'est pas d'événement inconditionnellement traumatique.

Un événement comme celui de l'annonce du diagnostic de surdité se fait traumatique quand il vient résonner le long de lignes de failles, déjà existantes, des parents. Un événement n'est traumatique que dans l'écho, la réactualisation d' v nements, d'expériences antérieures non symbolisées.

### TRAITER L'ANGOISSE

C'est un des apports majeurs de la psychanalyse que d'avoir mis en évidence cette nature **d'après-coup** du traumatisme. Cela permet de comprendre pourquoi chaque seuil, chaque passage, chaque moment fécond dans l'éducation d'un enfant cristallise autant l'angoisse de ses parents. Dans les limitations et les empêchements qu'ils identifient chez leur enfant et qu'ils r f rent tout uniment à son handicap, c'est la violence de l'annonce qui, à la fois, se réactualise, r -émerge dans toute sa fraicheur et se constitue comme telle, rétrospectivement. Car l'inconscient ignore le temps - comme, par conséquent, il ignore la mort. Il ignore le nombre des années qui passent, comme il ignore la direction de l'écoulement du temps ; d'où la répétition, la persistance des modes de défense psychiques que tout sujet fait siens pour se protéger de l'angoisse.

Une conséquence majeure que les professionnels doivent en déduire est la nécessité de prendre soin de la parentalité au-delà des seules premières années de l'enfant. Si j'ai fait ci-dessus référence, avec une certaine dérision, à l'idée d'un "accompagnement psychologique" conçu comme réponse à un traumatisme prétendument universel de l'annonce du handicap, c'est en tant qu'il n'est pas sans s'apparenter aux "cellules d'aide psychologique" dont les pouvoirs publics ne peuvent plus se passer pour attester qu'ils prennent en compte une catastrophe lorsqu'elle survient... Cela n'est pas rien, bien sûr, mais c'est **bien après** que la difficulté à penser une telle expérience va durablement se manifester.

Il est essentiel effectivement de pouvoir proposer aux

parents ayant appris la surdité de leur enfant un espace de parole, un espace de pensée, et de pouvoir accueillir leur détresse, leur désespoir, et essayer de les aider à élaborer, à transformer ces émotions brutes, intolérables. Mais en raison de la nature d'après-coup du traumatisme, c'est **tout au long** de l'éducation de l'enfant qu'il faut plus encore soutenir de telles conditions d'élaboration psycho-affective pour ses parents.

L'angoisse n'est pas la manifestation d'un danger externe. L'angoisse est l'affect, **l'inquiétante étrangeté** qui saisit le sujet quand le manque vient à manquer, quand il se ressent tout entier saisi, transparent pour l'Autre. Mais aussi, le sujet ex-siste, se détache d'un fond d'angoisse primordial, archaïque et construit son existence psychique par le traitement qu'il parvient à faire de cette angoisse.

L'angoisse, telle celle qui se révèle aux parents à partir de l'annonce de la surdité de leur enfant, ne requiert pas un traitement de l'ordre des compétences à acquérir. Car les conseils, l'information, la formation s'adressent à la seule raison consciente. A cet égard, on s'expose même, tout au contraire, à un débordement de l'angoisse, et donc à une mobilisation accrue des défenses psychiques. L'information, les conseils formulés sans ajustement à l'état psycho-affectif du sujet peuvent en effet susciter ce qu'on appelle des **effets d'interprétation sauvage**.

Au sens de la psychanalyse, la formulation d'une interprétation se conçoit dans le cadre de la relation transférentielle comme communication d'une parole que le sujet, au prix d'un intense travail d'élaboration psychique, se trouve alors presque sur le point de formuler **lui-même**. L'interprétation sauvage tout au contraire relève de l'imposition au sujet d'un savoir sur lui-même, d'un savoir dont il ne veut rien savoir ou, à tout le moins, qu'il ne se trouve pas en mesure de s'approprier, et ne lui laisse, par conséquent, d'autre choix que de s'en défendre.

Voilà à quoi peuvent s'exposer l'information, les conseils quand ils prétendent rendre les parents "compétents" comme on est en droit de l'attendre, en revanche, des professionnels.

*"Toute demande doit être entendue !" ... Cela ne veut surtout pas dire : "Toute demande doit être satisfaite !". Si cela est impossible, il ne s'agit pas même de s'orienter de l'idéal d'une telle improbable satisfaction. La demande de conseils, d'informations, de formation en provenance des parents et à l'adresse des professionnels doit, avant de trouver réponse, faire l'objet d'une analyse qui permette de faire des hypothèses concernant ce qu'il s'agit de comprendre dans cette demande. Car toute demande est demande d'autre chose. Une demande ne se réduit pas à son contenu manifeste : elle se dédouble, elle indique, en creux, ce*

qu'il en est du désir du sujet qui la porte. On sait que dans la demande de conseils et de contenus formatifs, il y a chez les parents le désir de s'approprier les savoirs qu'ils supposent aux professionnels, désir sous-tendu par l'idée qu'ils pourront ainsi bien mieux aider leur enfant. On ne peut nier la part d'exactitude qu'il y a là-dedans, bien sûr...

Il ne s'agit pas non plus de nier que l'angoisse se trouve effectivement pour partie capitonnée par une appropriation raisonnée des incidences du handicap, par une certaine compréhension des manières de le prendre en compte, linguistiquement, socialement, familialement...

Mais l'angoisse, en propre, requière un autre traitement, un traitement qui en passe par une attention à l'autre, à la complexité de ses mouvements affectifs. L'angoisse ne relevant pas de la logique consciente, la précision des apports, la qualité des étayages demeurent impuissants à l'entamer. C'est ce qui se déduit tout particulièrement de l'insatisfaction qu'ils suscitent toujours, à des degrés bien évidemment variables : **ça** en appelle toujours plus, **ça** pourrait être toujours mieux...

A nouveau, c'est quelque chose dont tout un chacun peut faire l'expérience. Sans nécessairement référer à ce point de haute sensibilité qu'est notre enfant, toute délivrance de conseils, toute prétention d'apporter un savoir s'expose à nous décevoir, à ne pas être à la hauteur de ce que nous en pouvions espérer.

Pour autant, de l'insatisfaction, de l'incompréhension générées par la communication de conseils et de savoirs, on ne doit pas conclure qu'il faudrait y renoncer. C'est d'ailleurs notamment au regard d'une telle pente au renoncement chez les professionnels ou, à tout le moins, d'un renoncement supposé que s'est constituée la militance parentale.

Mais il importe de prendre acte que les savoirs ne peuvent être que mal-entendus, mal compris, parce qu'ils ne peuvent - et heureusement ! - combler le désir de celui qui en attend quelque chose. La communication de savoirs est impropre au traitement de l'angoisse du sujet, car cette angoisse est consubstantielle de la singularité de son lien à l'autre et de ses expériences.

Prendre en compte l'angoisse des parents, cela passe ainsi en premier lieu par le fait de comprendre que la conflictualité qu'ils peuvent susciter dans leur rapport aux professionnels - **conflictualité inter-personnelle** - ressort, d'abord, de la projection d'une conflictualité qui est d'abord **intra-psychique**.

C'est en quoi prendre soin de la parentalité, spécialement lorsqu'elle est mise à mal par le handicap, doit s'orienter de traiter avec les parents, au cas par cas, les questions qui sont **les leurs** et qui concernent **leurs**

**enfants**, au moment où elles se posent, **pour eux**. Faute de quoi, on s'expose largement à renforcer les défenses psychiques. ❖

### Suite de cet article dans le N°34 de *Connaissances Surdités*

Grégory GOASMAT, Psychologue clinicien

1. Réécriture d'une intervention faite à la Journée des SSEFIS du Grand Ouest, à Rennes, le 31.03.2010.
2. Psychologue clinicien, doctorant au L.I.R.L (Laboratoire Interdisciplinaire de Recherches sur le Langage), Université Rennes 2.
3. Lévi-Strauss C. (1962). *La pensée sauvage*, Paris, Plon, p.27.
4. Lowe R., *La langue : un système de représentation de l'expérience humaine*, *Connaissance surdités*, n°26.
5. Ionescu S., Jacquet M.-M., Lhote C. (2005). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Paris, Armand Colin, p. 27.
6. Kundera M. (1995). *La lenteur*, Paris, Gallimard, pp. 51-52.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ♦ Aulagnier P. (1975). *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF.
- ♦ Bion W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2004.
- ♦ Ciccone A. (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 53, n°1-2, pp. 24-31.
- (2008). L'archaïque et l'infantile, *Spirale*, n°45, pp. 133-147.
- ♦ Coum D. (dir.). *Revue Les Carnets de Parentel*.
- ♦ Freud S. (1914). Pour introduire le narcissisme, in : *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1977 / (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2005.
- ♦ Goasmat G. (2008). L'intégration sociale du sujet déficient auditif. *Enjeux éducatifs et balises cliniques*, Paris, L'Harmattan.
- ♦ Golse B. (2006). *Accompagnement ou psychothérapie : qui fait quoi ?*, *Contrastes*, n°24, pp. 289-305
- ❖ Ionescu S., Jacquet M.-M., Lhote C. (2005). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Paris, Armand Colin.
- ♦ Lacan J. (1962-1953), *Le séminaire, livre X : l'angoisse*, Paris, Seuil, 2004.
- ♦ Lévi-Strauss C. (1962). *La pensée sauvage*, Paris, Plon
- ♦ Lowe R., *La langue : un système de représentation de l'expérience humaine*, *Connaissance surdités*, n°26
- ♦ Mannoni O. (1969). *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre scène*, Paris, Editions du Seuil.
- ♦ Ortigues M.-C. (2002). L'accueil, in Ortigues M.-C. et E. *Que cherche l'enfant dans les psychothérapies ?*, Toulouse, Erès, pp. 13-18.
- ♦ Winnicott D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.